

NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE _____

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación: _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del trabajador : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____

ADDRESSEE



¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja se le explica cómo solicitarla. Es posible que sus beneficios no cambien si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

A partir de _____, el Condado ha aprobado su asistencia monetaria retroactiva de \$ _____.

EL MOTIVO ES EL SIGUIENTE:

Usted estaba embarazada y/o era padre/madre cuando cumplió 18 años de edad y su asistencia monetaria fue suspendida. En su propio caso, usted debió de haber continuado recibiendo asistencia monetaria.

Su asistencia monetaria retroactiva se calcula en la siguiente página.

- Pronto se le enviará un cheque.
- Adjunto se encuentra el cheque.
- Es posible que reciba otra notificación sobre la cantidad adicional o servicios de Cal-Learn (un programa de California para la educación de los padres adolescentes que reciben asistencia monetaria).

Si usted recibe estampillas para comida, consideraremos su asistencia monetaria retroactiva como un recurso.

- Es posible que reciba otra notificación del Programa de Estampillas para Comida.

Medi-Cal: Esta notificación NO cambia ni suspende sus beneficios del Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal). Si hay un cambio en sus beneficios de Medi-Cal, usted recibirá otra notificación.

Guarde su(s) Tarjeta(s) de plástico de Identificación de Beneficios.

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: Las secciones del Manual de Prácticas y Procedimientos (MPP) 40-171.11, 42-101, 42-762.21, 82-820.